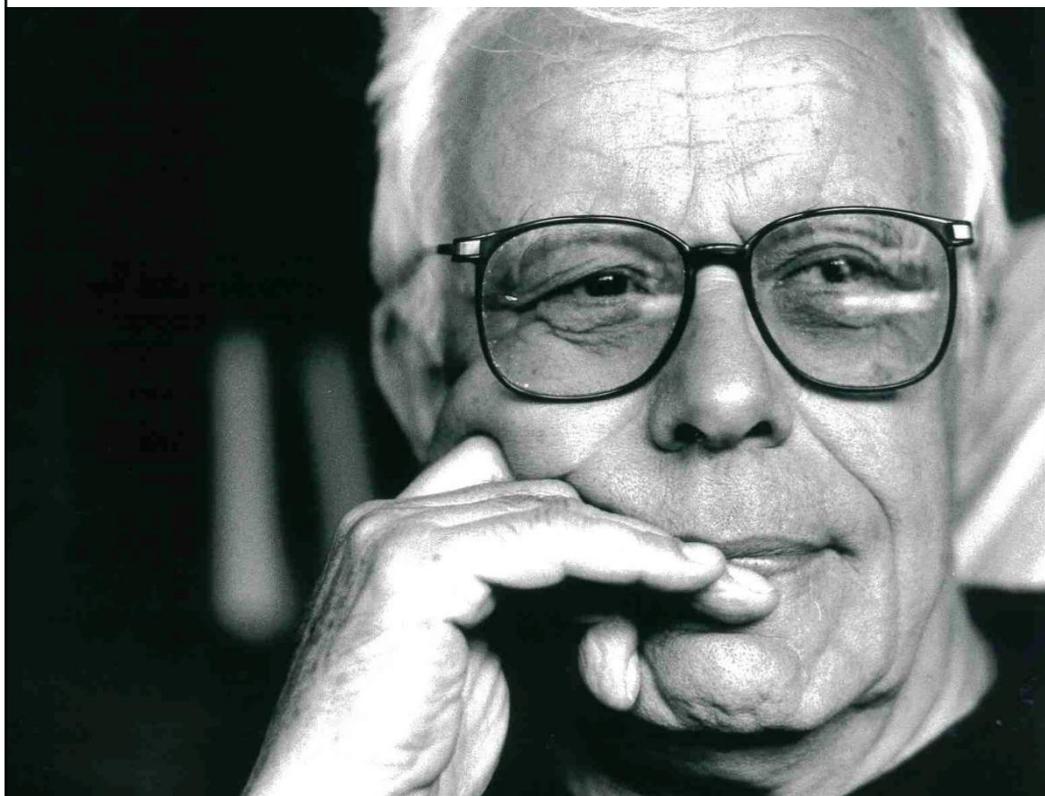


BERNARD JOLIVET (1927 – 2017)

Hommage du 7 avril 2018



SPASM

Société parisienne d'aide à la santé mentale

PREFACE

Bernard JOLIVET (1927-2017), psychiatre et psychanalyste, ancien président de la Fédération des Croix Marine, fonda la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale en 1959. Il fut un précurseur et un inventeur pragmatique et curieux, militant infatigable pour une transformation et une ouverture de la psychiatrie sur la cité.

L'idée de cet ouvrage est née de la nécessité de garder une trace écrite de la journée du 7 Avril 2018, organisée en hommage à Bernard Jolivet ; il voudrait refléter ce que le compagnonnage avec lui, à différentes périodes de rencontre selon les uns et les autres, a pu susciter chez chacun. Nous laissons le lecteur naviguer à sa guise, découvrir, à son tour, ce que suscitera en lui ces témoignages et se laisser surprendre par la créativité sans relâche de Jolivet au service d'une pensée exigeante, par son engagement permanent dans ce qu'il entreprenait et enfin, par son goût assuré pour un futur toujours à construire.

Pascale Michon Raffaitin

Brigitte Kammerer

Florence TERRAY
Présidente de la SPASM



Je vois que nous sommes nombreux à participer à cette journée d'hommage à Bernard Jolivet, je m'en réjouis et je suis heureuse de pouvoir partager cette matinée avec vous.

J'ai eu le plaisir de rencontrer le Docteur Jolivet lors d'un pot organisé à la SPASM et ce contact m'a fait entrevoir un homme chaleureux, pétillant, et sachant profiter de ce moment amical, malgré les épreuves de santé de sa femme. Très direct dans ses propos, il n'hésitait pas à faire part de ses convictions.

En 1959, Bernard Jolivet crée la SPASM et il la dirigera jusqu'en 1996. Et de 1986 jusqu'en 1993, c'est sous sa présidence que la Fédération Croix Marine élargit son action en se régionalisant et en s'ouvrant au secteur médico-social. Durant sa vie professionnelle, Bernard Jolivet a toujours insisté sur l'importance du champ associatif en matière de sanitaire et de médico-social.

La SPASM lui doit beaucoup, sa création en 1959, et ses fondements : une psychiatrie qui fasse toute sa place à l'humain, avec de nombreuses innovations dans le domaine de l'insertion des patients. Nombre d'unités encore existantes ont fleuri sous son impulsion, tels les pétales d'une marguerite selon l'image qu'il aimait communiquer. Il a été l'animateur de ces établissements déjà centrés sur les soins de réadaptation dans une dynamique de réinsertion.

Cette journée se veut un hommage autant à l'homme, Bernard Jolivet, qu'au professionnel qu'il a su être.

Les contraintes qui pèsent aujourd'hui sur la psychiatrie ne sont plus celles d'hier. Le contexte actuel nécessite une transversalité plus forte à l'intérieur des associations, des coopérations plus établies avec des partenaires extérieurs, la constitution d'un réseau pour faciliter le parcours des patients, une organisation actualisée qui intègre les évolutions administratives et économiques.

Et il est toujours besoin d'esprits innovateurs et entrepreneurs pour donner forme à cette conviction qui tenait au cœur de Bernard Jolivet, et que je reprends de l'article de Bernard Durand dans « Pratiques en santé mentale » : « Le sujet malade a toujours une capacité de choix qui lui permet de tracer son itinéraire propre ».

C'est le socle de notre politique médicale à la SPASM lorsque nous nous réclamons d'une psychiatrie humaniste au sens où elle promeut une philosophie qui place l'homme au-dessus de toute valeur.

Je vous remercie et je vous souhaite une belle journée.



En 1998, les fondateurs racontent ...

- Bernard Jolivet : Faire vivre les malades dans la merde, ce n'était pas une solution... On avait déjà cette idée-là, qu'il fallait traiter par le beau.

- Nicole Rellier : Je tenais beaucoup à ce que les malades soient respectés, qu'on leur dise « vous », qu'on s'habille correctement.

- Bernard Jolivet : Il y avait quelque chose de réactionnel, on en avait marre de voir les malades traités comme ils étaient traités... On ne pouvait pas envisager de reconstruire quelque chose dans un même état d'esprit.

Ce qui est intéressant, c'est de se poser la question de la pérennité c'est-à-dire, la construction de départ qui a tenu 25 ans, est-elle encore valable au bout de 25 ou 30 ans ? Il n'est pas forcément positif de construire pour l'éternité... Ce sera aux autres de le dire.

Le conseil d'administration avait une importance relationnelle. Il fallait surtout séduire c'est à dire faire croire que ce qu'on proposait était intéressant.

On peut poser la question à chacun d'entre nous : est-ce qu'on s'est ennuyé ?

- Nicole Rellier : Pas à cette période. Plus tard on s'est ennuyé tout était trop bien rodé d'une certaine manière.

- Michèle Beaumarié : Jusqu'en 1980, on ne s'est pas ennuyé le temps d'ouvrir les services.

- Bernard Jolivet : C'était des fêtes, des petits « mangements », apéritifs assez fréquents.

- Nicole Rellier : C'était surtout une question de mentalité je trouve - c'était dans la tête - pour un oui ou un non on avait envie de rire.

- Bernard Jolivet : Mais les patients, les malades n'y participaient pas ou peu c'était uniquement la fête entre nous.

- Françoise Aubert : A partir du moment où il y a eu la première inauguration de Bois-le-Roi, les malades ont commencé à participer.

- Bernard Jolivet : A l'H.A.D. on peut dire que c'était la fête tous les jours et les patients étaient là, ils y participaient.

L'achat de Liège intervient en 1969 et l'installation dans les locaux en 1970. Le 5^{ème} plan ayant approuvé les différents services, il fallait le réaliser et donc chercher un local.

- Nicole Rellier : J'aimais bien cette période de recherche des hôtels particuliers de Paris. On a vu des trucs absolument effroyables et des trucs merveilleux. C'était les deux extrêmes.

On peut dire qu'on est vraiment tombés amoureux de cet immeuble de Liège, j'ai le souvenir de ce jardin absolument extraordinaire, de ce fouillis où il n'y avait rien. C'était pas du tout comme ça, c'était un fouillis extraordinaire avec des arbres, des feuillus. J'avais des bottes, il fallait baisser les jupes parce que ça éraflait de partout.... C'était absolument merveilleux et puis la maison était dans un état...

Cela faisait 14 ans qu'il était mis en vente et ils ne trouvaient personne pour l'acheter. Il y avait un potentiel de transformation qu'il n'y a pas toujours dans des locations. On avait des plans dans la tête.

- Bernard Jolivet : Et le jardin a eu son importance. Ce qui a eu son importance c'est qu'il se trouvait en plein centre-ville et comme par hasard dans le 8^{ème}

- Françoise Aubert : A côté du métro, pas loin de la gare Saint-Lazare.

- Bernard Jolivet : Situation idéale.

- Nicole Rellier : Il avait tout pour plaire. Il avait été vide pendant la guerre et cela faisait 14 années qu'il était inoccupé. Monsieur de Mozota nous avait raconté qu'il était venu y danser quand il était jeune. On campait littéralement.

On passait sous les échafaudages on se chauffait au butagaz, ça a duré deux hivers - Qu'est-ce qu'on a eu froid ! On n'avait pas d'électricité dans les escaliers. On mettait des lampes tempêtes sur les marches. C'est le dernier qui s'en allait qui éteignait.

On a passé de bons moments, on s'est bien marré. On s'en fichait, c'était sale partout et tout le monde était mêlé à la construction, tout le monde coopérait.

- Bernard Jolivet : Ce qui pose le problème de l'intérêt de la création des lieux de soin, c'est-à-dire l'investissement qu'on met dans les murs, dans l'aménagement. Même si ça ne se voit pas c'est un investissement psychologique.

- Nicole Rellier : Je crois vraiment qu'il faut mêler les gens à ce qu'on fait. En 1968, à Marignan on a vu l'évolution sur les malades. Quand on vit quelque chose avec les malades, on fait avec eux, il y a une différence énorme et avec les équipes c'est la même chose. Les gens qui rentrent dans quelque chose d'installé, c'est totalement différent.

- Bernard Jolivet : Et là, ce qui était étonnant c'était l'originalité du lieu. Il y avait quand même peu de centres de soin psychiatrique qui s'installaient dans un hôtel Napoléon III et dans le 8^{ème} arrondissement. Et ça d'emblée, dans les travaux, on était bien décidé à le maintenir. Ces gens-là ont droit au beau.

- Michelle Beaumarié : Ça a marqué beaucoup de gens qui sont venus ici. C'était beau, il y avait une certaine classe, un certain luxe...

- Bernard Jolivet : Et ça a tenu au fil des ans.... Normalement un promoteur aurait foutu tout ça en l'air et aurait gardé l'extérieur et remodelé l'intérieur. Même nos successeurs actuellement semblent ne pas avoir envisagé cela.

- Nicole Rellier : Quand j'avais fait mon enquête pour le foyer en 1989 pour le trentenaire, j'avais été frappé par le fait que les gens du quartier avaient tous

trouvé extraordinaire qu'on soit installés là et qu'ils ne le sachent pas.... A part les voisins immédiats.

- Bernard Jolivet : Le fait que les malades envoyés par les équipes extérieures aux services étaient dans la plupart des cas parfaitement incapables de reprendre une activité : on en a tiré les conséquences.... Dans le sens des « soins de réadaptation » qui ne seront théorisés que bien plus tard. C'est l'expérience au quotidien qui a été l'axe des créations futures. Les malades étaient au centre d'un système créé pour eux.

- Nicole Rellier : C'est ça l'intérêt de la S.P.A.S.M. Le « changement » est une interaction.

- Bernard Jolivet : Ça c'est intéressant : comment la gestion devient obligée de se replier sur elle-même et devient un objet de vindicte quasiment même un « bouc émissaire ».

- Nicole Rellier : C'était plus souvent la gestion, le bouc émissaire, parce que c'était elle qui avait le pouvoir de l'argent.

- Françoise Aubert : Tout à fait, mais ce n'était pas un pouvoir.

- Bernard Jolivet : L'argent est toujours un élément déterminant... sauf dans le public disent-ils... On en rigole parce que ce n'est pas vrai, ils passent leur temps à en parler.

Ça pose la question d'une psychanalyse mise en acte institutionnellement. Elle ne peut être que transgressive. C'était la psychanalyse dans l'institution et non pas les psychanalystes dans l'institution comme on les connaît : ils se plient au truc, font leur petit bazar... C'était la psychanalyse à l'intérieur de l'institution : invivable.

Il y a eu une petite marque de l'association : contrairement à beaucoup d'associations où le médecin directeur fait une fois par semaine un « truc » obligatoire, ça n'a jamais été fait, pourquoi ? On peut se poser la question. Ça doit être relativement lié au peu de soin que nous avons pris de notre publicité.

Il y a comme un manque, à mon avis. Ça me paraît dans l'analyse un des critères de la S.P.A.S.M. Ça n'a pas pu se mettre en place.

- Nicole Rellier : Dans les autres institutions, quand séminaire il y a, c'est souvent analytique et c'est souvent dans une théorisation particulière. On a vu quand même à quel point c'était ouvert à la S.P.A.S.M., à quel point il y avait des courants différents. Il n'y a jamais eu de courant dominant.

- Bernard Jolivet : Oui, on n'a pas imposé de théorie ni de pensée. Je me demande si cette société n'a pas consciemment ou inconsciemment vécu dans le compromis d'une certaine manière, sa réussite ça serait la réussite du compromis.

- Nicole Rellier : Le compromis je trouvais, moi, que c'était assez proche de la compromission parfois !

- Bernard Jolivet : C'était un compromis entre les idées, les pensées, les théories et la pratique. Entre le sanitaire et le social, les Psys et les Pragmatiques etc.

Dr Clément BONNET
Psychiatre, psychanalyste,
ancien Directeur Médical de
l'ASM 13, ancien Président
de la Fédération d'Aide à la Santé
Mentale.



L'AIR des R : à 3 ou 4 TEMPS ?

Pour préparer cette journée consacrée à la mémoire de Bernard Jolivet, je suis allé dans les bibliothèques pour le retrouver au travers de ses publications. A nouveau je me suis laissé emporter par sa détermination et par la force de ses convictions. C'était bien le Bernard Jolivet (BJ) qui m'avait invité à le rejoindre au secrétariat général de la Fédération Croix Marine de 1986 à 1993 pendant ses fonctions à la présidence de ce mouvement.

J'ai choisi de revenir sur une ligne de travaux particulièrement activée pendant sa présidence, celle des soins de réadaptation, de la réinsertion et de la réhabilitation. C'est ce qu'il appelait les « 3R », je l'ai souvent entendu en parler et les reprises répétées de ce thème me faisaient parfois penser à une sorte d'antienne. Je vais donc vous parler de cet air des « 3R » en me demandant si aujourd'hui Bernard Jolivet aurait complété cette œuvre avec un R supplémentaire celui du rétablissement.

Les « 3R » de B. JOLIVET

C'est après le congrès de Montréal que Bernard Jolivet avait mis en chantier en 1992 une commission Croix Marine élargie sur la réhabilitation. La conférence de consensus sur la schizophrénie allait suivre en 1994 où il avait présenté un rapport sur la réadaptation. C'est ainsi que progressivement il a dessiné les grandes lignes du processus d'insertion des personnes souffrant de maladie mentale ou de handicap par maladie mentale. Il a soutenu ces hypothèses tout au long de ses écrits et nous devons reconnaître qu'il a été un des rares parmi

nous à préciser et à défendre vigoureusement la spécificité et l'importance des soins de réadaptation.

Les soins de Réadaptation

Il en a donné une définition, souvent reprise, dans la conférence de consensus : « Ensemble des soins spécifiques, s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle est problématique, mais pour lesquels, on peut espérer une évolution positive à moyen terme »

Pour lui, les soins de réadaptation concernent les personnes qui souffrent de troubles sévères pour lesquels un espoir thérapeutique reste possible.

Il insiste sur les moyens nécessaires pour engager ces soins de réadaptation : une équipe nouvelle, utilisant un autre type de relation médiatisée par un objet. Il voulait ainsi faciliter un mouvement psychique de la personne en soins en proposant de nouvelles rencontres relationnelles, dans un autre lieu, afin de favoriser les changements de regards et les investissements nouveaux. Comme J. Hochmann, il pensait qu'il fallait rompre avec la globalisation et l'homogénéisation des conduites asilaires. Pour lui, les soins de réadaptation permettaient des passages d'un espace de soins à un espace social...

L'objet médiateur dans la relation est central, c'est un objet intermédiaire qui permet une anticipation sur la vie sociale et professionnelle, choisi dans le concret de la vie. Il décrit également comment les outils, les techniques des soins de réadaptation permettent de développer des capacités compensatoires. Ainsi les bénéficiaires de ces soins pourront retrouver des capacités relationnelles, cognitives, des habiletés sociales et gestuelles.

Réinsertion

Si la réinsertion se prépare avec sa famille et son environnement, Bernard Jolivet insiste pour dire : « c'est le sujet qui choisit le moment de sa réinsertion, quand il aura réussi à trouver une motivation avec une suffisante sécurité ». C'est le choix du sujet, le choix du moment ; la réinsertion est un effort du sujet et de la

collectivité. Dans ce processus il n'est pas possible que des intervenants, des professionnels de l'accompagnement décident pour la personne. Il nous avertissait d'ailleurs de certaines mésaventures : « ceux qui conduisent et soutiennent un projet de réinsertion sont souvent en échec, nous ne sommes pas des maîtres d'œuvre, le sujet choisit là où il veut aller ». Avis à tous les accompagnateurs pressés, à ceux qui risquent de tomber dans l'excès de sollicitude ! Au-delà de ces mises en garde, comble de l'ironie et de la surprise, il nous prévenait : « A un moment donné, cette réinsertion que l'on espérait peut se réaliser, sans comprendre le pourquoi ». On retrouve là l'imprévisibilité des « 3R » qui lui était chère.

Si certaines conditions doivent être réunies pour la concrétisation de la réinsertion, il aimait dire que le logement seul n'assure pas la qualité de la réinsertion, il y a toujours les risques de la solitude dans une situation qu'il caractérisait d'« un toit sans toi »¹. Pour Bernard Jolivet il y avait plusieurs niveaux possibles de réinsertion. Etaient en jeu l'enveloppe des revenus, la possibilité d'accéder ou non à un travail ou des activités de loisirs, le possible d'une vie sexuelle, l'engagement dans un suivi médical continu. Parfois l'accès au monde ordinaire du travail était possible, parfois les structures en milieu protégé étaient les plus adaptées. Pour lui, il était essentiel d'exiger que tous les espaces de réinsertion soient des lieux de vie traversés par la vie.

Il défendait la création de structures professionnelles d'insertion qui assurent l'organisation de l'ensemble des soutiens nécessaires à la mise au travail et à l'évolution individuelle et professionnelle. Notons qu'il contestait la notion stigmatisante de travailleur handicapé, il proposait d'aller vers un statut de « travailleur en contrat professionnel d'insertion ». Il y a sans doute là une piste à explorer pour éviter les dégâts actuels des étiquettes stigmatisantes.

¹ Expression reprise sous la forme de « UN TOI(T) pour SOI », dans un DVD réalisé par A. Bouvarel et M. Spreng pour ASM 20 en 2005, pour illustrer la problématique de la solitude dans un appartement associatif à visée thérapeutique.

Réhabilitation

Comme le rappelait Bernard Jolivet, l'association qui a porté le mouvement de réhabilitation en France est née à Lyon en 1986 à l'initiative de J. Dubuis. D'emblée, il a relevé combien le champ de la réhabilitation était instable et imprécis.

Une première ligne venant de Boston soutenait une action centrée sur l'individu dans le but de développer ses propres capacités, ses compétences cognitives et émotionnelles. Les soignants étaient alors animés d'un positivisme militant. Le soigné de son côté devait s'engager personnellement à partir des informations précises qui lui étaient données sur sa maladie et ses traitements. Ce volet de la réhabilitation est évidemment rabattu par Bernard Jolivet dans le cadre des soins de réadaptation.

Une deuxième ligne portée par Saraceno décrivait la réhabilitation comme un processus d'adaptation du patient au milieu et du milieu vers le patient. Les facteurs environnementaux devenant alors essentiels. Il est alors question de tenir compte des efforts de solidarité et de la dimension politique et c'est bien le modèle que retiendra et précisera peu à peu Bernard Jolivet.

Pour lui, « la réhabilitation est un processus social qui doit épauler nos efforts thérapeutiques et non s'y substituer ». C'est un acte de société, un effort d'accueil et d'assistance en faveur des catégories défavorisées. Avec insistance, ce qui se retrouvera dans des écrits postérieurs, il indique que c'est une action de citoyen, communautaire et partenariale, une action de masse. C'est ainsi qu'il considère que la loi de 75 est une loi de réhabilitation.

On voit bien que Bernard Jolivet ne parle pas de soins de réhabilitation comme certains aujourd'hui continuent à le faire. Il est question d'actions de réhabilitation qui se déploient dans l'environnement de la personne. Il précise également combien il est important dans cette dynamique de multiplier les partenariats sociaux pour construire des conditions sociales d'existence favorables plutôt que d'entretenir des mécanismes d'enfermement et d'aliénation.

Au total, pour Bernard Jolivet, la réhabilitation est une dynamique sociale. Les soignants doivent assumer leurs responsabilités thérapeutiques alors que la société doit intervenir dans ses missions de solidarité.

Aujourd'hui en France, le mouvement de réhabilitation psychosociale est très actif mais il reste dans une confusion majeure, n'arrivant pas à distinguer clairement la dimension sanitaire des soins de réadaptation de la dimension sociale des actions de réhabilitation.

Comme on le constate, Bernard Jolivet a réussi à construire un ensemble conceptuel, cohérent et articulé, avec des étapes successives qui marquent l'évolution des troubles psychiques sévères. Mais aujourd'hui aurait-il adopté la notion de rétablissement ?

Le Quatrième Temps ? Le RETABLISSEMENT ?

C'est en approchant le concept de réadaptation que Bernard Jolivet aura recours pour la seule fois à ma connaissance à la notion de rétablissement dans son acception gymnique : « le sujet est censé faire un rétablissement pour retrouver un état antérieur ou s'adapter à une situation nouvelle »². Il considère que l'empowerment pourrait « facilement intégrer le corpus de la psychiatrie citoyenne »³. En effet, il est facile de conjuguer pouvoir d'agir, participation et émancipation, avec la dimension sociale de la psychiatrie et l'engagement citoyen qui fera que « chacun se sentira responsable de l'avenir de tous »⁴ selon la belle formule de A. Jacquard citée dans le livre.

Aujourd'hui, le rétablissement est venu compléter les descriptions de la rémission, de la stabilisation et de la convalescence ; c'est une façon de réagir à l'épreuve d'une maladie mentale sévère selon un modèle qui fait référence à la résilience. Cette dernière notion est partagée par beaucoup, en particulier P.L.

² Jolivet B. Parcours du sanitaire au social en psychiatrie. Ed. Frison Roche 1994, p. 53

³ Jolivet B., Besançon M. N. Les soins en psychiatrie - une affaire citoyenne. Ed de l'Atelier, 2011

⁴ Besançon M. N., Jolivet B. Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne. Ed. de l'Atelier 2009, p.151

Assoun pour qui « l'aptitude à rebondir traduit l'adoption tacite du paradigme de la résilience »⁵ ; mais elle est aussi critiquée par certains patients, dont le philosophe R. Ogien⁶, aujourd'hui décédé de son cancer, qui trouvait insupportable « le coté bêtement optimiste, répugnant aux yeux de tous ceux dont la vie est précaire, marquée par les échecs et des peines profondes... ». Ces positions antagonistes vont se retrouver autour du rétablissement.

Le paysage du rétablissement, approche conceptuelle

Il n'y a pas de définition consensuelle, et ce concept de rétablissement reste controversé et ambigu. Certains, comme Anthony en 1990, parlent d'une « façon de mener une vie satisfaisante, prometteuse et productive, malgré les limites imposées par la maladie » alors que d'autres comme B. Martin insistent plus récemment sur « une transformation de soi liée au fait d'accepter ses limitations et de découvrir d'autres possibilités ». Entre récupération du fonctionnement antérieur et transformation identitaire, le spectre est très large !

L'émergence du rétablissement

Si la médecine a pour vocation la guérison des maladies, on sait que les psychiatres n'utilisent guère cette notion absente de l'index alphabétique du manuel de psychiatrie de H. Ey, ce que confirme P.C. Racamier « Depuis longtemps, je ne me sers ni du verbe guérir, ni du mot guérison »⁷. Quant à Searles il parlait du « mirage de la guérison ».

Cette question de la guérison nous plonge dans le dilemme paradoxal du patient schizophrène évoqué par Racamier : « ne pas changer, c'est périr ; mais changer c'est mourir ».

⁵ Assoun P. L. La résilience à l'épreuve de la psychanalyse. Synapse 198, 2003, p.25

⁶ Ogien R. Mes mille et une nuit- la maladie comme drame et comme comédie. Albin Michel 2017

⁷ P. Le Cardinal & col. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair aideance. Information Psychiatrique 2013, 89, 365-370

Quand une évolution favorable se dessine, certains distinguent rémission clinique, rémission fonctionnelle, guérison clinique, guérison sociale, stabilisation. Le rétablissement est très proche de ces dénominations mais il est centré sur le vécu de la personne, alors que la rémission ou la stabilisation parlent avant tout de la maladie. A ce titre il a une certaine pertinence... On sait que le « recovery » est apparu au milieu du 19^{ème} aux USA dans les petits groupes d'anciens buveurs qui se considéraient en rétablissement aussi longtemps qu'ils faisaient des efforts pour maintenir l'abstinence. Dans les années 1980, J. Chamberlain, usager/survivant de la psychiatrie, milite pour l'entraide mutuelle et l'empowerment : le pouvoir « par et pour » les usagers. Quelques années plus tard c'est Patricia Deegan, militante des mouvements d'anciens usagers de la psychiatrie, qui mettra en avant ce concept de recovery, le slogan des usagers de la psychiatrie deviendra : « rien sur nous sans nous ».

Ces rappels indiquent que le rétablissement signe l'aboutissement d'interventions multiples au niveau individuel, amenant à un nouveau rapport à la maladie et en particulier à la reprise du pouvoir d'agir. Notons que dans le rétablissement qui est l'action de se rétablir (comme en gymnastique) on retrouve l'idée du mouvement, de l'effort. Le rétablissement est porté par une dynamique : c'est récupérer, se refaire une santé, prendre le dessus.

Nul doute que BJ aurait été sensible à ce mouvement porté par les usagers, lui qui avait soutenu vigoureusement l'association Bon Pied Bon Œil de Toulouse, lui qui avait beaucoup réfléchi sur le concept de convalescence. Mais il aurait sans doute refroidi l'enthousiasme des promoteurs en rappelant que ces efforts sont dans la continuité de ceux engagés pour permettre aux personnes de devenir autonome, d'être des « sujets » et des citoyens qui ont leur place dans la société.

Pour aller plus loin et tenter de sortir du flou conceptuel, des controverses et des ambiguïtés, avec deux collègues de l'ASM 13, nous avons poursuivi une étude de terrain (dont le début remonte à plus d'une dizaine d'années, matière de la publication « Vivre et Dire sa psychose ») portant sur 20 personnes

souffrant de schizophrénie⁸ sévère, en essayant de repérer si le processus de rétablissement était inscrit dans le parcours de soins et de vie tel que nous le décrivons habituellement dans le cadre d'une pratique sectorielle.

Les enseignements d'un retour sur le terrain :

Actuellement, plus de dix ans après les débuts de cette étude, 4 personnes sont décédées (aucun suicide), 5 sont en rupture de soins avec le CMP. Il reste donc 11 personnes, 6 hommes et 5 femmes entre 38 et 73 ans. L'évolution des troubles couvre des périodes allant de 16 à 55 ans.

Nous avons contacté ces personnes par téléphone en utilisant un guide d'entretien simplifié construit à partir des éléments du RAS (Recovery Assessment Scale). La majorité vit seule dans un logement personnel, un vit en couple, deux avec un parent. Il est remarquable de constater que malgré l'évolution prolongée des troubles et l'avancée en âge, ces personnes restent relativement autonomes, sans dépendance physique grave ni détérioration cognitive nécessitant les ressources d'une assistance.

Si on pose un regard superficiel sur la situation clinique et la qualité de vie de ces personnes, on peut dire que « ça va mieux ». Il est possible de préciser que « ça va beaucoup mieux » pour 9 personnes, et « mieux » pour 2 d'entre elles. En effet pour deux dames, il persiste une angoisse très envahissante qui révèle une grande fragilité et un risque de décompensation important, ces deux personnes n'arrivent pas à identifier la maladie, ni à en parler, encore moins à la comprendre.

Réflexions sur le bilan de cette étude

Cette longue évolution des troubles est marquée pour les personnes contactées d'une certaine modestie, de sagesse et résignation : il ne faut pas trop espérer,

⁸ Bonnet C., Fontaine A., Huret J., Loux F., Muldworf L., Pedron A., Velpy L. Vivre et dire sa psychose. Eres 2007

il n'y a plus beaucoup de solutions nouvelles, car peu de changements majeurs sont envisageables dans leur vie où un équilibre fragile est atteint.

Globalement, il leur est possible de vivre avec la maladie mais si c'est relativement facile pour 7 personnes, 4 d'entre elles ressentent avant tout les obstacles qui compliquent leur quotidien. Il y a l'idée d'une soumission obligée à la maladie, une sorte de défaite et de renoncement.

Leur sentiment dominant, c'est de ne pas se sentir intégrées dans la vie sociale, sauf pour 2 personnes qui modèrent leur réponse par un « oui mais » restrictif.

Elles se sentent plutôt stabilisées et rétablies, et il est remarquable de constater que l'une d'elles insiste sur « le besoin de comprendre ce que je vis ». Elles dépendent beaucoup d'énergie car elles doivent faire des efforts pour vivre et souvent se déplacer. Quand elles sont amenées à donner des conseils, elles proposent sans surprise de ne pas s'isoler, de se sentir aidé, d'avoir une vie saine et de rester actif. Un peu plus étonnant, c'est aussi l'expression de l'évitement des conflits, l'idée de « ne contrarier personne » et de penser à soi, de compter sur soi.

Pour toutes ces personnes, l'évolution des troubles psychotiques est plutôt favorable, même si la relativement bonne insertion n'est pas colorée par l'espoir décrit comme un des marqueurs du rétablissement. Au-delà de ces résultats, nous pouvons dire que le recours aux techniques du cognitivo-comportementalisme n'est pas indispensable, de même que la compréhension psychodynamique de leurs difficultés n'est pas forcément néfaste ! Ceci confirme qu'il n'y a pas qu'une seule et unique voie pour « aller mieux » !

Ce qui nous frappe, c'est que la plupart de ces personnes vivent avec une identité de malade, identité qui leur est rappelée à chaque prise médicamenteuse, lors de chaque rencontre avec les soignants, au moment de percevoir l'AAH. A chaque fois c'est un signe : « ils ne sont pas comme tout le monde » !

Toutes ces personnes ont fait un travail psychique prolongé qui leur a permis d'accepter de vivre avec leurs troubles tout en se sentant plus responsables dans la gestion de leur maladie. Ceci se traduit en particulier par la capacité à ajuster les posologies de médicaments psychotropes en fonction de leur état psychique. Cette reprise en main, qui recouvre l'empowerment, le pouvoir de décider et d'agir, nous ramène à l'origine étymologique de la réhabilitation comme l'avait indiqué le philosophe J. T. Desanti. Tout ceci pour souligner combien nous aimons l'inflation des concepts pour parler de pratiques et de situations très proches les unes des autres !

Nous constatons au fil de cette étude que le rétablissement n'est pas un état statique. Il est soumis à des dynamiques de progrès et de régressions qui suivent l'évolution de la psychose. Tout rétablissement sera toujours fragile et fluctuant. Rien n'est jamais figé et statique, c'est la vie elle-même qui s'inscrit dans une succession de déséquilibres et d'adaptations successives.

Les personnes interrogées vont mieux et vivent une vie aussi proche de la normale que possible, mais elles inscrivent leurs difficultés dans une certaine soumission à la maladie et ne semblent pas partager le « merveilleux malheur » qui fait le titre d'un ouvrage de B. Cyrulnik !

Les dérives et les limites du rétablissement

Autour de l'autonomie

L'autonomie est au centre de nombreux débats depuis plusieurs années. Il suffit d'évoquer les travaux de Ehrenberg dans son ouvrage de 2010 « La société du malaise »⁹ pour souligner que l'idéal social aujourd'hui est de décider et d'agir par soi-même. L'individu doit être responsable de toutes ses actions ; il faut être acteur de sa vie, de sa maladie, de son travail. Dans cette logique, les pratiques psychosociales françaises cherchent à permettre aux personnes de devenir des

⁹ Demailly Lise. L'idée de rétablissement- recovery. Rhizome, 2017, 65-66

« sujets » réinsérés, qui trouvent dans cette réalisation la « force de lutter contre le malheur et l'infortune ». Au total il devient difficile de noter des différences entre le sujet réinséré et la personne rétablie ?

Si l'autonomie ou l'autodétermination reste un objectif essentiel de notre travail, en quoi nos interventions pour favoriser l'autonomie deviendraient-elles néfastes et ou critiquables ?

L'injonction à l'autonomie

L'autonomie se construit habituellement dans la relation familiale et sociale et il y a sans doute quelques risques cruels à engager les personnes fragiles et vulnérables dans un processus dit de rétablissement où elles devraient dépasser seules, par leurs propres moyens, les obstacles de la vie, de la maladie et de la situation de handicap. Tout échec à l'injonction étant évidemment porté par la personne elle-même.

Si l'autonomie s'affiche comme une valeur centrale, un idéal, nos interventions pourraient aboutir à construire un vaste système normatif. Ces risques sont également soulignés par L. Demailly une sociologue qui s'inquiète des connexions entre recovery et comportementalisme. Elle craint que le rétablissement ne soit qu'un « nouvel avatar du contrôle social des individualités déviantes », alors que dominerait un modèle de normalité comportementale. Cette philosophie du rétablissement pourrait donc être récupérée par un système médicosocial pour normaliser et discipliner les personnes en situation de handicap psychique. Pour éviter une telle dérive il faut sans doute retrouver les recettes de la réhabilitation : la participation citoyenne, le lien entre la personne et la communauté.

Ces hypothèses trouvent malheureusement un écho au Royaume Uni. En effet, les programmes officiels du rétablissement sont répandus et les usagers se sentent sous pression pour se rétablir vite et retourner sur le marché du travail¹⁰. Les expertises remettent en cause leurs droits à une pension

¹⁰ Wooley Stéphanie. Vers un rétablissement basé sur la justice. Rhizome 2017

d'invalidité et créent une sorte de chantage qui prive les usagers de se sentir libres de se rétablir. Des échelles mesurent leurs progrès vers le rétablissement et sont vues comme une coercition où tout dépend de la personne sans prendre en compte le contexte social. Sous cet angle, l'empowerment peut basculer dans une forme d'injonction à l'autonomie et à l'hyper-responsabilité ! Le pouvoir d'agir n'est plus un droit mais un devoir. Dans une telle logique de performance, le rétablissement risque d'effacer ou de banaliser la souffrance et les besoins de soins.

Les exclus de demain ?

Si le comportementalisme et le cognitivisme sont les leviers essentiels du rétablissement il faut rappeler avec Ehrenberg (dans le même ouvrage cité) que la pratique psychanalytique vise le développement de l'activité du patient, « le patient est l'agent de son propre changement » et qu'elle a permis la diffusion de nombreuses techniques psychothérapeutiques qui proposent à l'individu de passer d'une position passive à l'activité en travaillant avec lui sur ses capacités à élaborer sa situation et renforcer ses compétences psychosociales dans le vécu transférentiel. Ces principes fondamentaux du travail psychanalytique, qui correspondent bien à l'idée de favoriser le pouvoir d'agir et l'émancipation des personnes, sont pourtant globalement écartés par les promoteurs du rétablissement. Il n'est pas étonnant de constater que le processus de subjectivation n'est pas décrit précisément. Tout semble un peu magique au décours des séances de remédiation cognitive ! Cependant, B. Martin qui travaille beaucoup sur le rétablissement finit par confier que « la perspective du rétablissement nous invite à redécouvrir l'importance de l'écoute en psychiatrie »¹¹. C'est dire que nous revenons heureusement à l'importance de la relation à autrui (y compris avec sa famille et ses pairs), à la nécessité de travailler sur la possibilité d'être le sujet de sa vie. Il faut cependant rappeler les difficultés de cette approche pointée par M. Sassolas. Il nous rappelle que pour

¹¹ Martin B. Le rétablissement en psychiatrie. Perspectives Psychiatriques, 56, 3, 2017, p. 202

la personne souffrant de psychose il est difficile de se confronter à son identité de sujet : « Cette identité témoigne de l'existence d'une vie psychique, ce que la personne vit comme un danger ».

Le rétablissement met l'accent sur les capacités personnelles et cette logique peut assombrir gravement le destin de ceux qui ne peuvent pas se projeter dans l'avenir et se donner les moyens de changer. Certains rechutent ou sont dits résistants aux traitements, d'autres sont plus lents et échouent. Ne seront-ils pas les exclus de demain ? En appeler à la seule liberté de la personne peut représenter un excès par rapport à la prise en compte de l'environnement et à l'accompagnement des professionnels et des pairs.

Autour de l'accompagnement

Il est assez facile d'être en accord avec beaucoup de ce qui est dit de l'accompagnement dans le processus de rétablissement. C'est la personne qui décide des orientations qu'elle souhaite prendre, il faut une certaine posture des intervenants qui laisse place aux capacités des personnes. Ceci doit nous rappeler que le renversement du pouvoir des professionnels au profit des usagers n'est jamais acquis, tellement le désir de protection prend souvent le pas sur l'autodétermination et que le paternalisme est plus commun que la décision partagée.

Par contre, je ne partage pas l'engouement de certains pour donner une place salariée aux pairs aidants dans les structures sanitaires et médicosociales. Je suis en accord avec les critiques qui considèrent que « si l'on ne se résume pas à sa maladie, si l'on ne se résume pas à son poste professionnel, lorsque les deux convergent il devient très difficile de s'en détacher»¹². Ces remarques pour indiquer que cette professionnalisation place ces salariés dans des positions intenable ! Il faut aussi remarquer que les pairs aidants, cooptés par le système, encouragés et formés à se comporter de façon professionnelle, perdent forcément les qualités mêmes qui font qu'ils sont ou ont été des pairs. Ces

¹² Martin Agathe. Travailler pour s'en sortir. Rhizome, 2017, 65-66

remarques ne sauraient s'adresser aux formidables développements de l'entraide entre pairs tels qu'on peut les observer dans les GEM.

Conclusion

Quand Tania Lecomte écrit dans la préface de l'ouvrage de N. Franck¹³ : « la réhabilitation offre à la personne des outils en vue de la soutenir pour son rétablissement », nul doute que BJ aurait relevé qu'il est alors question de soins de réadaptation. En effet, le rétablissement reste trop marqué par une dimension individuelle, centrée sur le développement des capacités des personnes.

Il aurait donc intégré le rétablissement dans le cadre des soins de réadaptation, tout en valorisant les idées de cette stratégie qui rejoignent ses convictions sur les nécessités de changement des mentalités et des pratiques. Il aurait peut-être admis l'idée de ne parler de personnes rétablies plutôt que réadaptées ; mais il aurait regretté l'absence de la participation citoyenne pleine et entière des personnes en faveur de la cohésion sociale qui leur permettrait de passer d'une position de personne rétablie à une personne citoyenne.

Au total, après ce rapide examen de la notion de rétablissement, je reste attaché aux « 3R » de BJ et j'espère avec lui que demain nous saurons encore mieux faciliter l'accès de nos patients à une pleine citoyenneté active et participante.

¹³ Franck N. Outils de la réhabilitation psychosociale. Elsevier Masson, 2016

Dr Jean-Charles PASCAL
Psychiatre, ancien Chef de
Service à l'EPS Erasme à
Antony, ancien président
de la Fédération Française
de Psychiatrie.



Jean-Charles Pascal, Pascale Michon Raffaitin

Bernard Jolivet, Premier de cordée

Quand Pascale m'a demandé de participer à l'hommage rendu à Bernard Jolivet, j'ai bien évidemment tout de suite accepté car je fais partie de ceux pour qui Bernard Jolivet a très fortement contribué à éclairer le chemin et je vais vous dire pourquoi. Bernard est né en 1927 et moi en 1940, cela lui a toujours donné une position d'aîné proche sur laquelle notre relation amicale s'est construite. Je l'ai rencontré quand j'étais faisant fonction d'interne à l'hôpital Henri Rousselle, dans le service du Dr Rondepierre où il avait été praticien, « médecin assistant » comme on disait à l'époque et qu'il fréquentait encore régulièrement ; il m'a demandé un jour d'intervenir dans le cadre d'un colloque organisé pour sensibiliser les médecins de la CNAM à la psychiatrie et d'y présenter un exposé sur les troubles psychiatriques de la ménopause ce qui m'a contraint à une sérieuse et rapide mise à jour de mes connaissances ! Ce texte devait paraître en 1967 dans les cahiers d'Henri Rousselle et devenir plus tard mon sujet de Thèse. Première influence, certes indirecte mais significative sur mon parcours !

Pascale m'a demandé de lui proposer un titre pour mon intervention et deux possibilités se sont immédiatement présentées : « Vingt ans d'avance » ou « Premier de cordée » et j'ai choisi Premier de cordée car je suis certain que cela aurait malicieusement plu à Bernard !

J'ai voulu ainsi bien mettre en évidence le remarquable précurseur qu'il a été sur de nombreux points :

- 1- Tout d'abord comme intraitable défenseur du respect dû aux femmes et aux hommes qui présentent des troubles psychiatriques et je voudrais sur ce point évoquer une anecdote : en 1993 président du Jury d'une conférence de consensus sur la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques, une journaliste, membre du jury, m'a demandé de remplacer dans le texte des recommandations le terme « schizophrène » par « personne souffrant de troubles schizophréniques ». Tout d'abord surpris, j'ai rapidement accepté, me souvenant d'un échange que j'avais eu sur ce point avec Bernard qui insistait toujours sur la différenciation à maintenir entre la personne, le sujet malade et sa maladie, et nous avons convenu que cela était particulièrement déterminant pour notre discipline psychiatrique.
- 2- Mais aussi comme un précurseur dans la compréhension et la mise en acte (ne jamais oublier chez Bernard Jolivet cette exceptionnelle capacité à concrétiser sa pensée et ses convictions) du constat qu'à un certain degré d'importance de la maladie mentale, soins et réhabilitation/réadaptation (on disait assistance autrefois) étaient d'égale importance. Une étude effectuée il y a une dizaine d'année a d'ailleurs montré que de pouvoir disposer d'un lieu de vie stable était probablement aussi important que de bénéficier d'un suivi clinique de qualité.
- 3- Précurseur aussi dans la compréhension, contrairement à ce qui était encore souvent défendu dans les institutions dans les années 1970, où seul le contexte institutionnel était investi, que les patients étaient loin d'être indifférents à la qualité de leur environnement et que le soin apporté aux conditions d'accueil était une façon très concrète de leur témoigner du respect.

4- S'il est vrai que le temps de l'hospitalisation, rendu souvent très complexe compte tenu de l'acuité des symptômes, comporte souvent des contraintes qui font que l'alliance thérapeutique y est plus difficile, celle-ci est un objectif essentiel dès la prise en charge en ambulatoire ; Bernard Jolivet a très tôt théorisé que c'était la façon d'être au monde d'un patient, sa capacité d'adaptation qui étaient déterminantes, beaucoup plus que le diagnostic. Et je l'ai compris lors d'une demande d'admission pour un patient que je souhaitais faire intégrer le foyer qui venait d'ouvrir rue de Liège et où on m'a fait comprendre, que ce qui comptait dans la décision, plus que le diagnostic, c'était la motivation du patient et sa capacité d'adaptation institutionnelle. Je pourrais donner encore de très nombreux exemples de sa remarquable et précoce modernité mais je crois avoir déjà bien montré la pertinence de mon titre : Premier de cordée.

Dans ces années 1970, « post 1968 » où régnait une grande intolérance entre les différentes écoles psychanalytiques, Bernard Jolivet pratiquait un remarquable œcuménisme théorique, sa seule exigence étant la compétence, l'altérité et la capacité à s'inscrire dans les projets institutionnels de la SPASM. Au fond, il avait toujours su que les théories ne disent pas toute la vérité mais sont des aides à penser l'impensable !

Quelques mots encore sur l'excellent clinicien qu'était Bernard Jolivet et il n'y avait pas de rencontre avec lui à l'époque où j'ai été, à sa demande, secrétaire général de la SPASM, qui ne soit le prétexte à échanger sur des questions cliniques, sur un choix thérapeutique, sur une question diagnostique, sur un article et c'était toujours très riche d'enseignement. Et comment dire le plaisir ressenti à le fréquenter avec sa manière d'être si caractéristique, faite de courtoisie, de bienveillance, d'humeur souvent malicieuse et parfois caustique, d'ironie douce et d'humour, un peu comme s'il voulait dire que la vie est un jeu mais qu'il faut essayer de jouer la partie aussi bien que possible ; son regard, qui dit tant de lui est d'ailleurs magnifiquement capté dans la page de couverture du livret annonçant cette journée.

J'ai donc, nous avons, eu la chance de rencontrer Bernard Jolivet ; ce fut une expérience majeure et un grand plaisir pour moi. Je voudrais aussi terminer mon propos en évoquant quelques-uns de ceux qu'il avait choisis pour être autour de lui et sans qui la SPASM n'aurait peut-être pas été ce qu'elle est devenue, et je veux citer notre chère Nicole Rellier directrice de la SPASM, Pierre Chassang directeur du centre Marignan à l'époque, remarquablement compétent, agent stabilisateur et pacifiant ainsi que Madame Beaumarié, secrétaire, d'humeur toujours égale, remarquable professionnelle et qui m'a laissé toute ma carrière la nostalgie de la qualité de sa préparation des CA lorsque j'ai eu le plaisir et l'honneur d'être Secrétaire Général de la SPASM.

Dr Joëlle OURY
Psychiatre, psychanalyste,
ancien Médecin Chef de la
Maison de Repos Chantemerle.



Marc Hayat, Joëlle Oury

BERNARD JOLIVET, OU LE TRAVAIL FESTIF.

CHANTEMERLE a été conçue dans la joie !

C'était l'enthousiasme de l'après-guerre, l'aisance des Trente Glorieuses, la jeunesse et l'énergie de 68, c'était l'imagination au pouvoir. Il n'était pas interdit de rêver, ni même de créer.

Bernard Jolivet est arrivé à pied d'œuvre au bon moment. Il avait fait ses classes dans les hôpitaux psychiatriques, encore à peine effleurés par les idées de la psychothérapie institutionnelle. Il savait précisément ce qu'il ne voulait plus jamais voir, et il allait construire une psychiatrie différente, respectueuse du sujet et insérée dans le tissu social. Le secteur, ce n'était pas son truc, c'était encore trop lourd. Lui, il était partisan d'une psychiatrie légère.

A Bois-le-Roi, il a eu un coup de foudre pour une « *Affolante des bords de Seine* » (C'est comme ça qu'on appelle les belles demeures bourgeoises tarabiscotées de la région de Fontainebleau), et il s'est lancé dans l'aventure avec Nicole Rellier.

Une Maison de Repos pour des fous ? A l'époque, c'était une idée insensée, et même surréaliste ! C'est Geneviève Bugniot qui en serait la directrice, parce qu'elle était pleine de bon sens, et qu'elle ne connaissait rien à la psychiatrie. Autour d'elle, l'équipe s'étofferait avec le temps, elle saurait choisir des

personnes responsables et enthousiastes, animées d'un même idéal humaniste. C'était « *le Temps du Désir* ».

Chantemerle a été, je crois, « l'enfant chéri » de Jolivet, qu'il a choyé avec amour. Il avait du plaisir à venir à Bois-le-Roi, malgré la distance. Il venait presque tous les jeudis, de bon matin par le train, avec Nicole. Et, de fait, le jeudi, c'était une journée différente : on allait travailler dur, remuer ensemble plein d'idées, entrer peut-être dans de vastes querelles clinico-politico-métaphysiques. Mais on allait en même temps faire la fête. Réfléchir gaiement, Jolivet savait nous insuffler cet esprit-là. J'ai eu la chance de travailler avec lui pendant plus de 10 ans, et ce sont les plus belles années de ma vie professionnelle (Après son départ, c'est devenu plus difficile...)

Le jeudi, c'était, pour lui comme pour nous, une vacuole, un temps libéré de toutes les contraintes, de toutes les tâches qui pouvaient attendre : pas d'accueil de pensionnaires, pas d'ateliers, pas de récupérations. Car tout le personnel se devait d'être sur le pont, habillé avec élégance (Jolivet avait horreur des filles en jeans !) La matinée était plutôt « médicale », souvent autour de cas difficiles. Jolivet était fin clinicien, psychanalyste de surcroît. Pour nous tirer d'embarras dans des situations épineuses, il savait trouver la juste distance et apporter un regard extérieur et bienveillant, loin de toute préoccupation hiérarchique. Pour le repas de midi, le chef cuisinier se surpassait, Jolivet offrait généreusement un bon vin.

L'après-midi, en salle polyvalente, c'était la réunion Générale : « la *Grand-Messe* », était célébrée en présence de tout le personnel, agents hôteliers, veilleurs de nuit, cuisiniers compris. On y discutait de tout : des problèmes de ménage, de l'opportunité d'installer des distributeurs de préservatifs, ou du fonctionnement financier de la SPASM. La liberté de parole était réelle, ça pouvait chauffer, mais on riait beaucoup !

Le projet de soins de Chantemerle prenait forme, au fil du temps. C'était une élaboration collective, lente, avec des allers-retours de pensée entre Jolivet et

toute l'équipe. On lançait des idées, on les essayait, ça marchait ou ça ne marchait pas, on inventait autre chose.

Jolivet n'en restait pas moins au poste de pilotage. Depuis le début, il savait ce qu'il voulait et ce qu'il ne voulait pas : Chantemerle serait aux antipodes de l'hôpital psychiatrique, et serait aussi très différente des structures « lourdes » de psychiatrie institutionnelle, type « la Borde ». L'hypothèse théorique, il l'avait formulée en 1976 dans un texte demeuré fondateur : « Par, et malgré le leurre, des soins ». Le leurre, c'était « le REPOS », un terme équivoque, et polysémique. Il en a fallu du temps pour bien comprendre cette histoire de leurre, et pour mettre en œuvre ce paradoxe, très inspiré, je crois, de Winnicott !

Rien à Chantemerle ne devait « sentir le médical » : pas de médecin, pas d'infirmières visibles ; un accueil hôtelier chaleureux, une restauration soignée, de la moquette dans toutes les chambres, avec la vue sur la Seine, ce grand fleuve apaisant... Luxe, calme et volupté ! Logée à pareille enseigne, la Folie, prise de court, allait se sentir désorientée et perdre son aiguillon. Et, ma foi, c'était souvent ce qui se passait ! Profitant de ce moment de surprise, loin des habitudes, le Sujet peut-être oserait reprendre la parole et faire dérailler les pronostics. On l'y aiderait ! Le soin, c'était ça : une thérapie de choc très subtile, qui demandait une vigilance de tous les instants et la coopération soignante de tout le personnel. On utiliserait les paradigmes de la psychothérapie institutionnelle, mais adaptés à des séjours courts.

Vigilance, car il fallait naviguer entre plusieurs écueils :

- 1- Le premier écueil, c'était de prendre le leurre au pied de la lettre : si l'équipe tendait à se reposer, les patients seraient incités à en faire de même ! S'amuser, et en faire le moins possible... Devait-on laisser Chantemerle dériver doucement vers l'Abbaye de Thélème, le Club Med ou pire ? Jolivet réagissait très vivement, il avait horreur de la paresse : on n'avait rien compris !
- 2- Le deuxième écueil, c'était l'inverse, c'était l'esprit de Sérieux : ça n'est pas si facile pour les soignants de jouer à être transparent, tout en étant

là, très présent, auprès de la personne soignée. Ce *jeu* (au sens winnicottien) implique une organisation d'équipe précise avec des règles éthiques, bien éloignée des protocoles. Chaque prise en charge se doit d'être singulière, par des soignants constamment formés et particulièrement attentifs à ce que l'on nomme le « contre-transfert ». Travail passionnant, enthousiasmant, et qui marchait bien ; on se voyait capables de soigner des pathologies de plus en plus lourdes, avec des moyens dérisoires... Mais on s'emballait parfois, on pédalait le nez dans le guidon, au bord de l'asphyxie, il y eut des ratés... Les jeudis du Dr Jolivet, évoqués plus haut, étaient une bouffée d'oxygène ! Car l'écueil de ce côté-là était de devenir une structure de soin « lourde ». Et de ça, Jolivet n'en voulait pas non plus : Chantemerle devait rester « dans la légèreté », quitte à refuser certaines pathologies.

Il était même prêt à supprimer des postes pour alléger encore (On a quand même su résister quand il exagérait dans ce sens !)

- 3- Le 3^{ème} écueil, hélas, venait de l'extérieur : Jolivet était clairvoyant, il avait vu venir le monstre au tournant des années 1990. La technocratie arrivait avec son cortège de nouveautés objectivantes qui allaient s'employer à écraser notre improbable construction, trop atypique, trop différente. Les attaques, présentes dès la création, se sont intensifiées. Chantemerle était inclassable, vraiment hors des normes : il fallait donc sans cesse expliquer, se justifier ; puis tout reprendre à zéro parce qu'entretemps, la direction de la DDASS avait changé. Ces démarches prenaient un temps fou, et ne paraissaient pas servir à grand-chose, sinon à gagner un peu de temps... Mais Jolivet était un incorrigible optimiste : la difficulté stimulait son inventivité. On résisterait, mais en souplesse ; on s'adapterait en partie aux nouvelles normes, mais sans dénaturer notre projet de soin ; avec un peu de ruse, on réussirait à glisser entre les mailles, et on continuerait à soigner les gens quand même, dans le respect de leur subjectivité.

Je voudrais revenir sur un trait de caractère de Bernard Jolivet qui n'était pas la moindre de ses qualités : son sens de l'humour et son goût pour la fête.

Sa position à Chantemerle n'était pas facile :

- d'une part, il était le Médecin-Directeur de la SPASM, avec tout ce que cela implique, quoiqu'on en dise, d'autorité et de pouvoir de décision ;
- d'autre part, il était psychanalyste, et il n'entendait pas se priver de cette compétence.

Cette double fonction exigeait de sa part de la souplesse, voire de l'habilité : il n'en manquait pas ! Quand, parfois, il tombait dans l'autoritarisme et s'embrouillait un peu - ça arrivait ! - c'est l'humour qui lui permettait de se dégager du mauvais pas, et ce n'était pas difficile de lui pardonner !

C'est vraiment précieux, l'humour ! C'est une vertu trop oubliée ! Qui parle encore de désir, de plaisir ?

A Chantemerle, l'humour était une vertu cardinale. Jolivet n'était pas le seul à en user. On avait de vrais spécialistes ! Les farces, généralement imprévisibles, surgissaient un matin comme un ouragan et impliquaient une grande partie du personnel, voire parfois quelques pensionnaires. Quand elles étaient réussies, ces farces avaient une fonction, celle de dénouer d'un coup les conflits de prestance et de pouvoir, les plus toxiques. On s'apercevait de leur effet salvateur dans l'après-coup. C'était génial, mais j'en parlerai ailleurs...

Je crois que le Dr Jolivet a quitté la SPASM à temps. Moi, j'ai continué, et ça n'a pas toujours été facile...

Jolivet avait semé des graines de liberté et d'enthousiasme qui allaient apporter des fruits pendant encore de longues années. Mais, sensible à l'air du temps, il avait aussi voulu introduire quelques « modernités », histoire de se rapprocher des normes, et d'assurer la pérennité de Chantemerle. C'était très périlleux, il allait s'en rendre compte plus tard. Un petit trou dans le grillage suffit, et hop ! Voilà le renard dans le poulailler !

Il connaissait bien le Diable, il se savait rusé lui-même, mais « pour dîner avec le Diable, il faut une longue cuiller ! ». A-t-il été assez prudent ? Je ne lui fais pas un procès : je crois qu'il n'a pas eu le choix...

Qu'est devenue l'œuvre du Dr Jolivet après son départ ? Juste quelques réflexions :

Une équipe était là, forte, soudée, combative, rassemblée autour d'un idéal commun. La transmission était encore possible, mais on a commencé à dire « l'équipe des Anciens » ...

L'élaboration collective avait permis au fil du temps la mise en place d'outils efficaces, assurant notamment la liberté de circulation et la libre parole, tant dans les réunions de travail que dans les rencontres avec les pensionnaires. Tout ce dispositif a tenu longtemps, mais il était porté à bout de bras par les plus motivés. Peu à peu, l'essentiel de notre énergie est passé non plus à se battre « pour » (pour mieux accompagner les patients, pour améliorer la qualité de notre travail) mais à se battre « contre » : contre les notes de service qui pleuvaient, contre les protocoles imposés, les sanctions, les formulaires à remplir, l'abattage imposé aux infirmières par les entretiens standardisés, les conflits inévitables provoqués par le clivage, voulu et organisé, entre les équipes de jour et celles de nuit, entre les médicaux et les hôteliers : on ne se connaissait plus, on n'avait pas à se connaître. Les réunions, formatées, tendaient à devenir des coquilles vides, fossiles de temps révolus. Certes, « petit village gaulois », on ne se laissait pas faire : il y eut des grèves, des mises à pied, des moments de grande tension. On ne rigolait plus, c'était épuisant, l'attention portée aux pensionnaires en pâtissait. Il y eut aussi des abandons, des congés de maladie qui n'en finissaient pas, un *turn-over* accéléré du personnel, à tous les niveaux, qui empêchaient de construire quoique ce soit.

Le sens de la fête persista encore un moment, notamment quand un Ancien partait en retraite. Mais les farces disparurent complètement. Si on riait encore parfois, c'était en douce... Chantemerle était devenue un lieu de soin « sérieux », loin, très loin de l'esprit de son fondateur.

J'ai quitté Chantemerle en juin 2008.

J'ai revu le Dr Jolivet chez lui plusieurs fois. Il ne lâchait rien de ses engagements. Il était inquiet, mais encore et toujours optimiste, son espérance se tournait maintenant vers la psychiatrie citoyenne et les « *Invités du Festin* », un bien joli programme en effet. Il m'a fait promettre aussi de témoigner, à propos de l'aventure de Chantemerle. Et je tiendrai parole.

Bernard Jolivet était le garant de ce plaisir de vivre, de cette joie à travailler, il nous a fait partager ce bonheur.

Et pour cela, je veux encore le remercier.

Bernard DURAND
Psychiatre, ancien Chef de
Service au CHI de Créteil,
Président d'honneur de
Santé Mentale France.



Marie-Laurence Dellac, Bernard Durand

Hommage à Bernard Jolivet (1927-2017)

Bernard Jolivet nous a quittés le 18 juin 2017, alors qu'il venait d'avoir 90 ans. Avec lui disparaît tout un pan de la mémoire d'un mouvement qu'il a présidé de 1986 à 1993 et qu'il a profondément marqué, la Croix Marine, devenue Santé Mentale France. Psychiatre et psychanalyste, il fut également un militant qui n'eut de cesse de se battre pour le respect et la dignité du patient et l'émergence d'une psychiatrie qui fasse toute sa place à l'humain. D'abord médecin des hôpitaux psychiatriques, il a fait sa carrière dans le champ associatif avec le souci constant d'une complémentarité entre le public et l'associatif, mais aussi entre le soin et le social.

Né à Montluçon en 1927, où il accomplit ses humanités, il entreprit des études de médecine à Clermont- Ferrand qu'il termina à Paris. Il réussit le concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1953, puis celui du médecin des hôpitaux psychiatriques en 1956. Il commença sa carrière comme assistant, dans le service du Dr Rondepierre, à l'hôpital Henri Rousselle, au sein du Centre hospitalier Sainte Anne.

En 1959, son chef de service lui fit rencontrer le Dr Pierre Doussinet, fondateur et secrétaire général de la Fédération des Sociétés de Croix Marine, qui lui proposa d'animer une association que ce dernier voulait créer au sein même de l'hôpital Sainte Anne, la Société parisienne d'aide à la santé mentale (SPASM). Bernard Jolivet s'y engagea très vite avec passion, soutenu par un Conseil

d'administration qui comprenait les directeurs de la DASS et de la Sécurité sociale, un préfet, un inspecteur général de la Santé, des professeurs, et dont la présidence était assurée par un ancien ministre de la Santé, ce qui nous paraît presque invraisemblable aujourd'hui. Cet engagement le contraignit à réduire son temps passé à l'hôpital, puis en 1973, à se consacrer totalement à ses fonctions de directeur de cette association, fonctions qu'il exerça jusqu'en 1996.

Bernard Jolivet insistait sur la nécessité d'offrir aux patients un accueil dans un esprit « anti-asilaire », c'est-à-dire dans le respect de la personne. Il fit de la psychanalyse la référence essentielle de cette association, mais il avait été conquis par « la construction de Doussinet » et sa « conception de l'extrahospitalier liant le sanitaire et le social, les soins et l'assistance dans une dynamique d'ouverture sur la Cité ». Aussi, il concrétisera très rapidement ces valeurs du fondateur de la Croix Marine, en lançant de nombreuses innovations dans le domaine de l'insertion des patients. C'est ainsi qu'à côté de structures de soins (hôpital de jour, unité de thérapie familiale), il créa à partir de 1963, un service orienté vers le reclassement professionnel transformé secondairement en centre de réadaptation et de reclassement (le centre Mogador), un hôtel thérapeutique, un foyer relais et quelques années plus tard, en 1977, le premier CAT pour malades mentaux stabilisés.

On ne parlait pas à l'époque de « rétablissement », mais on ne peut que souligner comment Bernard Jolivet avait pressenti ce concept, alors que les perspectives kraepeliniennes étaient encore dominantes ; il contestait le fait que l'on impose au patient « un itinéraire forcé ou en couloir » et affirmait que le sujet malade a toujours « une capacité de choix qui lui permet de tracer son itinéraire propre.

Il insistait sur ce qu'il avait appelé les 3 i du parcours du patient : irréductibilité, qui lui faisait dire que le sujet peut se construire un avenir, y compris en s'appuyant sur sa pathologie, irréversibilité, car l'homme touché dans son esprit ne sera jamais le même qu'avant et imprévisibilité, car cette évolution peut réserver des surprises.

Si la pratique de la psychothérapie institutionnelle soutenait la vie des établissements de la SPASM, Bernard Jolivet se vivait personnellement comme un « psychiatre qui travaille dans un milieu institutionnel, mais qui privilégie la relation duelle ». Pour lui, la psychiatrie ne devait pas que soigner, mais articuler les dynamiques de soin avec les dynamiques d'insertion. C'est ainsi qu'il distinguera à côté des soins curatifs, « les soins de réadaptation », concept qu'il explicitera quelques années plus tard, dans son ouvrage « Parcours du sanitaire au social en psychiatrie » : les soins de réadaptation constituent un espace-temps particulier de l'itinéraire du patient. Ils impliquent une adhésion de ce dernier, « là où il en est », car il s'agit de lui proposer à la fois un autre lieu et une autre équipe, en sachant que pour le patient « il n'y a qu'une continuité des soins qui vaille, celle des sentiments transférentiels ».

Il fut un des premiers à comprendre que les lois de 1975 sur le handicap pouvaient offrir de nouvelles opportunités et deux ans après la publication de ces lois, il réussit à ouvrir le premier CAT pour malades mentaux. Dans le même temps, il proposa le concept de « personne handicapée par maladie mentale ». Paradoxalement, il dénoncera quelques années plus tard, le terme de handicap psychique, introduit par la loi de février 2005, qu'il jugeait stigmatisant ; il se félicitait, en revanche, des apports de cette loi en matière de compensation financière et d'accompagnement avec la création des SAMSAH et parlait de la véritable révolution que représentait la création des GEM qui permettent aux patients de pouvoir gérer eux-mêmes leurs propres structures.

Bernard Jolivet a régulièrement insisté sur la nécessité de tout mettre en œuvre pour diminuer les conséquences sociales du handicap provoqué par la maladie mentale, « en particulier en utilisant au maximum les capacités cognitives et émotionnelles du patient ». Cela permet de comprendre pourquoi il fit partie des premiers psychiatres à s'intéresser à la réhabilitation psychosociale avec ceux qui fondèrent avec Jacques Dubuis, en 1986, l'Association mondiale pour la réhabilitation psychosociale. Il était alors président de notre mouvement et au retour du congrès de cette association à Montréal, en 1991, il organisa un groupe de réflexion pluri-associatif sur la réadaptation et la réhabilitation. Il s'y

montra très réservé sur ce dernier terme, venu d'outre-Atlantique, qui induisait « le risque d'une confusion préjudiciable entre le thérapeutique et le social dans un pragmatisme a-théorique », et défendit celui de réadaptation, même s'il se résolut en fin de compte à l'accepter. Mais il avait une idée plus politique de la réhabilitation qui devrait être surtout une affaire de politique sociale, un acte de société, « une action de citoyen pour redonner estime et considération à ceux que la vie a maltraités », sans que l'on établisse de catégorisations entre elles.

En 1986, Bernard Jolivet fut élu à la tête de notre mouvement avec le projet de redonner une nouvelle jeunesse à cette fédération qui semblait s'étioler.

Avec un enthousiasme contagieux, il mobilisa une équipe rajeunie, qui incluait deux futurs présidents, Clément Bonnet et moi-même, qui à l'époque n'imaginaient pas l'aventure dans laquelle ils s'engageaient.

Rappelant la nécessité d'un engagement militant, il suscita très vite une dynamique interne en créant des coordinations régionales et des commissions thématiques, renforça la crédibilité de notre mouvement auprès des pouvoirs publics, restructura une revue d'allure très obsolète en revoyant radicalement sa maquette et même son nom, choisi collectivement, qui de « revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale » devint « Pratiques en santé mentale », initia les premiers pas dans le monde de la communication avec l'utilisation du minitel. Il rendit les journées annuelles plus attractives et en 1989, à Marseille, ce furent près de 1000 personnes qui accueillirent le ministre de la Santé de l'époque, Claude Evin. Il développa également les relations de la fédération avec de nombreuses autres associations dont l'UNAFAM, la Ligue française de santé mentale, la Société de recherche en réadaptation, la Fédération française de psychiatrie, etc.

Bernard Jolivet s'intéressa également aux nouvelles associations engagées dans l'accompagnement par le travail et l'insertion professionnelle qui se développaient dans le secteur médico-social, comme Messidor à Lyon ou Adgesti dans la Sarthe, auxquelles il ouvrit les portes de la fédération. Il sollicita même l'association Messidor pour qu'elle relate, dans un numéro entier de la

collection Innovation qu'il venait de créer, son expérience d'intégration par le travail.

Il ne cessa d'affirmer que la FASM devait jouer un rôle national dans la définition d'une politique de santé mentale qui intègre l'ensemble des secteurs et des acteurs concernés et déplorait la régression de la concertation avec les pouvoirs publics. Lors de son dernier rapport moral à Saint Malo, en 1993, il en présenta les axes qui lui semblaient essentiels. Il insistait en particulier sur le fait que le dispositif de soins ne peut rester isolé du corps social et soulignait l'importance du champ associatif à l'articulation du sanitaire et du social, « s'étonnant que des pratiques devenues courantes dans des associations soient présentées dans des textes officiels comme des innovations à développer dans les hôpitaux ».

Lorsqu'il fut question de renommer le mouvement Croix Marine, pour le rendre plus lisible dans un contexte qui avait bien changé depuis les années 50, il se montra plutôt réservé alors même qu'il racontait qu'il était resté dubitatif la première fois qu'on lui avait parlé de la Croix Marine et qu'il souriait en évoquant les quiproquos auxquels il avait été confronté à propos de l'intitulé de la fédération.

Il considérait que la révolution du secteur fut un semi-échec, dû au fait qu'elle n'avait pas eu les moyens de son ambition, ainsi qu'au conservatisme et au manque d'engagement de nombreux acteurs ; il déplorait la mode du tout thérapeutique et la méfiance du service public pour le dispositif associatif qui avait contribué à creuser ce fossé entre le sanitaire et le social. Il rappela à plusieurs reprises que bien avant la conception du secteur, Doussinet avait développé un système complet alliant le sanitaire et le social et il se demandait « si les perspectives organisées par Pierre Doussinet, plus pragmatiques, moins hospitalo-centristes, plus ouvertes et dynamiques, faisant appel aux forces vives de la société par l'associatif n'auraient pas, en un temps plus court, transformé le système de soins et d'assistance publique et privé ».

Il resta également très critique sur le modèle du médico-social, spécificité française, et alors que l'on ne cessait de déplorer le fossé existant entre le

sanitaire et le médico-social, il constatait que chacun avait surtout tendance à renforcer sa citadelle. Pour lui d'ailleurs, dans le champ de la psychiatrie, « il n'y a que le sanitaire et le social et les seuls liens existant entre eux ne devraient être tissés qu'exclusivement par les patients ».

Il déplora ces dernières années, de manière assez désabusée, l'évolution « d'une psychiatrie fissurée, qui a creusé elle-même le fossé où elle s'enlise » : inflation de la dimension sécuritaire, prégnance d'un système d'évaluation strictement comptable, domination d'une psychiatrie biologique où l'être humain, le fou, n'est plus une personne, mais est réduit à son cerveau, menace même d'une disparition de la psychiatrie dans la nébuleuse de la santé mentale qui, pour lui, est une composante de la santé publique intégrant la prévention, alors que la psychiatrie est avant tout une médecine spécialisée de l'individu.

Et pourtant, il n'a pu se résigner et a retrouvé des raisons d'espérer en découvrant des expériences nouvelles qui lui ont permis de rencontrer des personnes engagées qu'il s'agisse de professionnels, de bénévoles ou de patients. Ainsi, les adhérents du GEM « bon pied, bon œil » dont il avait accompagné la création avec le Dr Françoise Galinon, bien avant la création officielle des GEM, mais aussi les « Invités au festin », à Besançon, où les modalités d'accueil transgressent l'habitude de classer les personnes en fonction de leur pathologie. Dans ce lieu, on ne reçoit pas des personnes malades et/ou handicapées, mais des citoyens confrontés à des problématiques différentes qui vivent ensemble et partagent avec l'aide de bénévoles le quotidien « d'un lieu qui soigne la vie ».

Dans son dernier ouvrage co-écrit avec Marie-Noëlle Besançon, « Arrêtons de marcher sur la tête, pour une psychiatrie citoyenne », il affirma que ce modèle, « visant à apprendre de ceux qui jusqu'alors étaient dans la position mutique de l'assisté, mais également à s'ouvrir sur le citoyen lambda qui a son mot à dire sur le système de santé mis en place en psychiatrie », constituait la quatrième révolution contemporaine de notre discipline. Il y voyait l'espoir de retourner aux sources qui ont fait l'humanisme avec ses valeurs de fraternité, de solidarité et de respect.

Nous garderons de Bernard le souvenir d'un clinicien simple et chaleureux, qui aimait les moments de convivialité où il laissait libre cours à son humour, d'un homme qui savait prendre le temps d'écouter autrui quelle que fut sa position, d'un homme de conviction en même temps qu'un militant passionné, d'un explorateur d'utopie ancrée dans le présent. Quelles que furent les réticences qu'il montra au changement d'image de la fédération, il reste que Santé Mentale France s'inscrit totalement dans l'héritage qu'il nous a laissé.

Dr Isaac SALEM
Psychiatre, psychanalyste,
ancien Médecin Chef
à ETAP (Etudes et
Traitements Analytiques
par le Psychodrame.)



Notre rencontre remonte au printemps 1982, grâce à Philippe JAEGER.

JOLIVET était un homme qui inspirait confiance et qui avait un contact aisé grâce à son charme indéniable. En 1982 nous n'étions pas envahis par la politique de la rentabilité. Les finances ne régnaient pas en maître tyrannique, c'était un monde humain que JOLIVET avait réussi à créer dans son association. On prenait le temps de penser.

Quand je l'ai rencontré, c'était dans le but de créer une unité de soins psychanalytiques par le psychodrame. Il a été d'emblée intéressé par mon projet alors qu'il souhaitait créer des services médico-sociaux comme alternatives à l'hospitalisation. Néanmoins, il m'a fait d'emblée confiance en acceptant de me donner les moyens financiers pour réaliser mon projet et m'a laissé toute liberté pour créer cette première unité de soins psychanalytiques à la SPASM.

Il aimait représenter les services de la SPASM comme les feuilles reliées par une tige. Je me suis inspiré de cette métaphore en travaillant avec des soignants issus des différents services. Il avait un axe de pensée très précis tout en gardant une ouverture vers le changement et une souplesse pour entendre un autre discours. C'est ainsi qu'il a accepté que le service de post-cure se transforme en hôpital de jour grâce aux actions de l'équipe et plus particulièrement de Philippe JAEGER qui travaillait comme psychologue.

Il souhaitait que tous les services de la SPASM soient très peu médicalisés. Pour JOLIVET, les médecins ont tendance à inhiber la créativité du personnel soignant

en les écrasant de leur savoir académique. Il venait tous les mois dans les réunions de synthèse de tous les services, pas seulement pour sentir l'atmosphère des équipes, mais surtout pour nous aider à sortir de nos rituels de pensée. Il injectait dans les équipes tous ses désirs de vie et d'ouverture. Il nous incitait à penser à l'avenir de la SPASM. Il souhaitait que les services soient toujours dans l'innovation par rapport aux services des hôpitaux publics desquels il était issu.

JOLIVET avait un profond respect des malades qu'il voyait d'abord comme des êtres humains, des citoyens, leur identité ne se limitait pas à leur maladie. Il insistait inlassablement sur la qualité de travail de l'accueil que la SPASM doit offrir à tous les patients. Il souhaitait que notre association soit un asile, un lieu d'accueil de la souffrance humaine.

JOLIVET savait, qualité rare dans les institutions, laisser un grand espace de liberté et entendre les contradictions. Il accueillait et tolérait le nouveau ou l'inattendu sans l'évacuer.

Pierre POMA
Ancien Educateur technique
à l'ESAT Bastille



Qu'il est difficile, quand on rend un hommage, de ne pas avoir recours à l'encensoir, de ne pas enjoliver, en « Jolivet », avez-vous dit ?

Témoignons.

En préalable, nous ne parlons de l'autre que du point de vue d'où on le regarde. Donc qui suis-je ?

Recruté en 1988, j'ai occupé le poste d'éducateur technique pendant 13 ans, jusqu'à ma retraite, poste animé avec plaisir et aisance d'autant que j'avais une formation de Directeur d'Établissement Social.

J'ai assuré transitoirement le poste de Direction, renonçant au remplacement définitif à cause de mes responsabilités de représentations électives et syndicales. Le lieu, c'est le CAT, Centre d'Aide par le Travail, baptisé actuellement ESAT, l'un des deux premiers établissements du genre dont Bernard Jolivet fut le précurseur, accueillant des personnes en difficulté psychique, accueil non prévu dans la loi de 1975. Le lieu, c'est aussi au centre de Paris à la Bastille, lieu symbolique qu'il faudra défendre durant mon remplacement contre les prédateurs immobiliers. Lieu aussi significatif du postulat Cité-Citoyen, ce dernier, même souffrant, ayant le droit d'être au cœur de la Ville, axiome cher à Bernard Jolivet.

M'inspirant de la dynamique institutionnelle marquée par l'ouverture et un sens de la démocratie consultative, je mettrai en place l'instance de représentation des travailleurs handicapés appelé non sans humour le COGITH, (à voir Comité

de Gestion des Travailleurs Handicapés ?). Mêmes droits. Je me souviens des réunions de synthèse mensuelles, moments attendus, délicieux, stimulants et réconfortants. Un régal intellectuel qui permettait le recul et la réflexion par rapport au quotidien de l'action. Ces réunions étaient animées par le couple professionnel Nicole (Rellier) et Bernard (Jolivet) dans un duo à la manière thèse et antithèse, à la "Je t'aime, moi non plus" !

Dialectique plaisante et pédagogique qui irriguait notre travail concret.

Revenons au cadre institutionnel. Dans le triptyque directionnel, il y avait Bernard, le créateur, Nicole, le bras séculier et Françoise Aubert chargée de l'intendance. Au poste de secrétaire de cet aimable Polit-Bureau, n'oublions pas la bienveillante secrétaire Madame Beaumarié. En ces temps historiques, la mise en place de structures était managée "à la hussarde" par Bernard, le chevalier sans peur, selon le principe "On y va, l'intendance suivra". Elle suivait, grâce aux administratives précitées et une armée de soignants, officiers et hommes de troupe, tous grades et compétence confondus.

On ne peut séparer l'action d'un homme de son contexte historique et culturel. En cela, Bernard Jolivet animera la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale, selon les uns, l'agitera selon d'autres, avec une dynamique et une mise en place structurelle de cogestion. Un exemple significatif, la représentation de membres du personnel comme membres de droit au sein du Conseil d'administration. Représentation que la nouvelle direction aura à cœur avec un beau dynamisme de diminuer quand Bernard sera parti.

Comme si la parole était dangereuse ! Paradoxe en ce monde de la psychiatrie... De cette époque, de cette façon de procéder, il y a un parallèle intéressant à faire avec le Syndicat CFDT présent à la SPASM et dont je fus le (ré)animateur et qui, de l'auto gestion du début des années 60, passera à la cogestion pour ne se résumer qu'à la gestion, tout comme "l'évolution" des structures sociales et médico-sociales et le constat que je ferai sur la SPASM en ce début du troisième millénaire, quand je prendrai ma retraite. Ah ! Gestion, quand tu nous tiens ! Du syndicat CFDT nous passerons à celui de SUD. Syndicats dont Bernard Jolivet

dira, bonhomme : "J'en ai peur, car la peur naît toujours de ce que l'on ne connaît pas". Peur ? Tu parles, à voir la façon dont il en parlait, goguenard et matois, précédé de "Mon cher Pierre, vous savez que..." Pour moi, Bernard Jolivet fut avant tout un patron au sens noble du terme, dont l'autorité s'imposait par la bienveillante compétence.

J'en ai retenu que s'adresser à une personne souffrante ne se résume pas à sa seule pathologie. Valeur d'humanité que l'on voudrait universelle et présente dans les lieux de prise en charge et de soins. Avec le souhait que pour le lecteur occasionnel, ces quelques lignes ne soient pas ressenties comme une nostalgie du bon vieux temps. Elles se veulent un constat que les idées progressistes de Bernard Jolivet, hier, peuvent inspirer l'action d'aujourd'hui.

Du passé, ne faisons pas -totalement- table rase.

Jean-René SCORDIA
Thérapeute familial ayant
Travaillé à l'UAPF (Unité
d'Accueil et de Psychothérapie
Familial)



Paul Astre, Brigitte Krammerer, Jean-René Scordia,
Ignacio Garcia

Nous nous présentons devant vous aujourd'hui avec ces deux verres et cette bouteille de vin de Bordeaux, mais pas n'importe quel vin. Ceux qui ont eu la chance de connaître les temps fastueux de la SPASM s'en souviendront : il s'agit du « Château Nénine » mythique vin de Bordeaux qui garnissait la cave et les verres puisqu'à l'époque, il était à la carte.

Après quelques mots de souvenirs, nous trinquerons ensemble à Bernard JOLIVET.

« Une des croyances les plus belles, sinon les plus obscures, est celle qui nous empêche de préciser la direction du temps. La croyance commune veut qu'il s'écoule du passé vers l'avenir, mais la croyance contraire n'est pas plus illogique ».

JL BORGES, Histoire de l'humanité

C'est avec cette phrase que j'avais commencé un écrit, une commande de Bernard JOLIVET pour les 30 ans de la SPASM en 1989, et j'aimerais aujourd'hui qu'elle ait encore tout son sens.

Bernard JOLIVET s'en est allé, mais pour moi il est encore présent tant son empreinte dans ma mémoire est vive et ses réalisations professionnelles pertinentes et encourageantes, si tant est que chacun se maintienne dans un esprit SPASM. Bernard JOLIVET avait le goût du beau et considérait que pour les patients qui étaient accueillis rien ne l'était trop, les locaux sont somptueux, les lieux de la SPASM sont majestueux « Liège, Bastille, Mogador, Bois-le-Roi !!! »

et lorsque quelques temps avant qu'il nous quitte, il visita La Maison Hospitalière il trouva le projet et les locaux « pharaoniques ».

Malgré cette grande rigueur au service des accueillis, il conservait néanmoins un coté décalé, l'anecdote qui suit en témoigne. Un poste occupé par un ami psychologue se libérait au service HAD, service d'hospitalisation à domicile. J'avais alors 25 ans, et j'en fus informé. Conformément à ce qui se faisait à l'époque, je me rends à la SPASM pour y déposer une lettre de candidature (celle dite de motivation n'avait pas cours à l'époque !!). Dans la semaine qui suivit je fus convié à un entretien, toujours par courrier, et je fus reçu par le Docteur JOLIVET et la directrice Nicole RELIER et dans la mesure où j'étais le seul candidat (réseau oblige !!) il me fut proposé d'assister à une synthèse en présence de toute l'équipe dans le service d'Hospitalisation à Domicile alors dirigé par le Docteur Robert NEUBURGER assisté du Dr Claire MARTIN et du Dr Françoise ROUGEUL. Cette réunion fut sans doute très intéressante mais je ne pourrais pas vous en faire état, en effet je me suis endormi... Je ne sais pas encore quelles en étaient les raisons !!! Mais suite à cet impair, j'étais dévasté, persuadé d'avoir totalement hypothéqué mes chances d'embauche dans cette équipe et c'est la tête basse et délesté de toutes mes illusions que je me rends à nouveau quelques jours plus tard au rendez-vous fixé par Bernard JOLIVET afin que nous fassions le point sur mes impressions et le retour fait par l'équipe sur ma « prestation ». Et là, alors que je m'attends à être remercié, j'en suis encore surpris aujourd'hui, Bernard JOLIVET se tourne vers Nicole RELIER et lui dit : « Au regard de ce qui s'est passé en synthèse, ce jeune n'est pas vraiment angoissé, nous pouvons l'engager !!! ». C'est ainsi que je suis arrivé à la SPASM et j'y suis resté 30 ans.

Toutes ces années passées au sein de la SPASM m'ont apporté un savoir-faire et peu à peu l'envie de faire autre chose s'est fait sentir. Et c'est l'expérience et le modèle de prise en charge développé dans les services de Bernard JOLIVET qui ont présidé à la création de l'association MELIA dans le Val d'Oise. Le Dr JOLIVET s'était engagé et nous avait soutenu auprès du Conseil général pour l'obtention des divers agréments, il nous avait accompagnés lors de la négociation avec les

partenaires : Caisse Primaire d'Assurance Maladie, DASS Etat et Conseil Général. Et fort de ses entrées au Ministère de la santé, il avait réussi à obtenir des fonds complémentaires pour l'ouverture de la structure... J'allais dire comme d'habitude !!! Il est resté un membre influent du Conseil d'administration de MELIA pendant des années.

Une dernière chose avant que je ne passe la parole au Docteur GARCIA. Lors d'un déjeuner à Verville, alors qu'il ressentait que le temps s'accélérait pour lui et qu'il avait encore des choses à dire, nous avons convenu ensemble, ainsi que l'avaient fait d'illustres prédécesseurs, SIMENON ou Henri BAUCHAUD, qu'il pourrait dicter et notes seraient prises. Il s'était montré très emballé par l'idée, nous nous étions promis de nous revoir rapidement pour acter ce projet... Mais le temps ne lui a pas laissé de temps.

Dr Marie-Noëlle BESANCON
Psychiatre, Fondatrice des
Invités Au Festin (IAF)

BERNARD JOLIVET, UN VISIONNAIRE ENGAGÉ POUR UNE PSYCHIATRIE HUMANISTE ET CITOYENNE

A toi Bernard

Visionnaire, précurseur, entrepreneur social, humaniste, chercheur incessant, infatigable, humble. Tu nous as précédés, tu nous attends, tu nous pousse, tu nous inspires, tu nous manques, tu écris la suite avec nous...

Nous ne pouvons t'oublier, nous sommes liés par une grande humanité, un Amour infini qui nous transcende, l'amour des plus petits, qui sont sans doute les plus grands...

Merci Bernard, je ne te dirai jamais assez merci pour tout ce que tu m'as apporté, ce que tu as apporté aux Invités au Festin, à la psychiatrie, à chacun, chacune, par ta présence forte, aimable, attentionnée, d'égal à égal, sereine et enjouée...

2004 : J'ai rencontré Bernard à Vannes au congrès des Croix marine ; il était président de l'atelier où je présentais les Invités au Festin (IAF) ; il a été très intéressé, m'a encouragée à écrire mon livre sur l'histoire et le travail des IAF à Besançon.

2005 : 15 ans des IAF. Je l'invite avec Martin Hirsch pour la sortie de mon livre : « On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux ». Il me dit qu'en découvrant les IAF, il avait eu une révélation de ce qu'était la psychiatrie citoyenne : c'était ce qu'il voyait en l'étudiant au Collège de France. Il en avait la réalisation sous les yeux : le rôle des citoyens, leur implication dans l'accompagnement, le « vivre avec », les « malades » considérés comme des personnes normales, la réinsertion, réhabilitation, la sortie de l'assistanat, la convivialité, l'humanisme, l'ouverture sur la cité, le refus du sanitaire, le travail ; tout y était !! Les valeurs citoyennes

vécues au quotidien, dans ce lieu, c'était l'esprit qui fondait l'organisation des IAF.

« Les Invités au Festin sont à l'origine de la 4^{ème} révolution en psychiatrie, la psychiatrie citoyenne » déclare-t-il au Gd kursaal de Besançon, devant 600 personnes !

Il rédigea la postface à la réédition de mon livre l'année suivante.

2009 : Sortie de notre 1^{er} livre « Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne », qui est le condensé de notre vision, nos idées, réflexions, principes, réalisations sur la psychiatrie : respect de la dignité de personnes, de leurs droits, rôle de l'Etat, des collectivités territoriales, des citoyens, et la découverte de l'ADN de la psychiatrie citoyenne ! Avec cet aspect sociétal primordial : « il faut redonner la folie à la société et développer le potentiel soignant du peuple ». Nous faisons ensemble de nombreuses conférences à travers la France afin présenter ce livre et labourer le terrain pour faire avancer les choses...

2010 : Nous organisons ensemble avec les IAF le 1^{er} colloque citoyen et international de psychiatrie citoyenne les 6 et 7 décembre à Besançon, basé sur un débat participatif de toutes les parties prenantes de la santé mentale (plus de 600 personnes présentes) à partir des propositions de notre livre. Il en sortira un texte de 24 propositions, qui seront envoyées aux pouvoirs publics pour accélérer l'avènement d'une psychiatrie humaniste et citoyenne.

2011 : Sortie de notre 2^{ème} livre : « Les soins en psychiatrie, une affaire citoyenne », et lancement des Conseils citoyens locaux (CCL), un dispositif constitué de citoyens.

2012 : Nous cofondons l'association régionale pour la psychiatrie citoyenne (ARPC) avec des citoyens, à Besançon afin de promouvoir la citoyenneté de tous en santé mentale.

2015 : Pour les 25 ans des IAF un grand débat citoyen est organisé autour de Bernard Jolivet à Besançon : « Quelle psychiatrie voulons-nous pour demain ? »

En conclusion

Nous admirons profondément l'engagement sans faille qui a animé Bernard, homme de cœur, jusqu'à l'extrémité de ses forces. C'est un magnifique exemple pour nous au quotidien. Son énergie nous traverse et nous inspire aujourd'hui.

Il avait souhaité, comme une prédiction, lors de la conclusion du colloque de 2010 : « qu'un colloque futur permette de créer des voies d'accès à la psychiatrie citoyenne, de nous comprendre davantage et d'instituer, créer davantage de nouveauté. » Eh bien, il semble qu'il ait été entendu, car ses idées ont fait école depuis, et la citoyenneté en santé mentale est prônée quasiment partout.

Merci à toi Bernard, guide inspirant, continue de nous stimuler pour que nous avançons sans nous décourager sur le chemin d'une psychiatrie humaniste et citoyenne, le combat continue !

Post Hommage 2018

Cher Bernard, tu nous as encore fortement inspiré lors de notre 2^{ème} colloque d'avril 2019, porté par ton souhait de 2010, présenté en ouverture : un net consensus s'est réalisé, chaque partie prenante a pu rejoindre les autres et ainsi s'entendre sur l'essentiel : « Promouvoir et coordonner une réelle politique citoyenne en santé mentale sur tout le territoire, en développant les soins et l'accompagnement dans la Cité. »

C'est bien ce pour quoi tu as toujours milité, envers et contre tout et tous, sans craindre les critiques et les ennemis, là aussi était ta force !

Pour tout cela, nous sommes très fiers de commencer à réaliser ton vœu et d'être tes fils et filles spirituels, merci encore, Bernard.



Pascale Michon Raffaitin,
François Menaucourt



Pierre Chassang

« Entendre, apprendre, comprendre, aider »

« La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou une réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparait comme problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive, à moyen terme, afin qu'ils participent de façon libre spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale. »

Bernard Jolivet, « Parcours du sanitaire au social en psychiatrie », Frison-Roche, 1995.



Michelle Beaumarié, Dominique Joliet, Nathalie Jolivet

SPASM

Société parisienne d'aide à la santé mentale